(16) HEGV SECRETARIA DE SAÚDE | PAV 07105 IRAS | IRAS

HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – CTI: PED

(PC) | 495206 **Prontuário**

Nome: THALLYSON LUIZ GOMES AMARAL	Idade: 0	Int. HSP: 22/04/22	Int. CTI: 23/04/22	Leito: 07	Mês/ano: Maio
Setor de Origem: S.A.P	DI no setor de origem: 22/04/22				Infecção Autóctone/ IRAS mês anterior
Uso prévio de ATB: Ampicilina / Gentes					( ) MRSA ( ) ERC ( ) VRE
Diagnóstico de admissão em CTI: Bronquiolite / PAM					( ) Acineto ( ) PSDM

FALHA NA EXTUBAÇÃO

Dia	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
CC PVP 01 27/04 JID	X	X	X	X	X	SCE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
PVP 02	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.															
PVP-HD	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.															
PED VM 30/04	X	X	X	X	X	X	X	X	X	REIOT	X	X	//	CPAP	CPAP	.															
CC CVD 27/04	X	X	X	X	X	X	X	X	X	//	.	.	.	.	.	.															

Legenda: X: Utilização do dispositivo //: Dia seguinte após retirada **PVP:** Punção Venosa Profunda **VM:** Ventilação Mecânica **CVD:** Cateter Vesical de Demora

Leucócitos totais:	.	13990	15720	.	14850	14490	15260	.	.	.	15800	.	.	.	.	4090
PCR	.	8,3	4,9	.	4,4	7,8	13,6	.	.	.	6,8	.	.	.	.	1,2
TX	36,1	37,6	37,7	37,4	36,6	35,7	37,3	37,5	36,4	36,4	37,1	36,3	37,1	36	37	36,8
PA:	102/83	134/109	134/86	114/70	93/71	118/58	95/43	114/63	92/40	132/69	116/64	95/54	97/64	83/67	83/65	101/80
PEEP:	6	6	8	8	8	8	8	7	6	7	6	10	.	.	.	.
LAC	0,7	.	.	0,4	0,6	1,6	1,2	1,1	.	2,6	0,9	.	.	.	.	.
P/F	195	201	200	167	101	184	266	166	294	.	.	.	.	.	.	.
DIURESE	3,8	3,9	4 mL	5,6	3,2	3,7	2,48	4,53	2,96	5,4	8,0	4,2	3,0	2,48	1,7	3,3

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB
Cefepima	27/04	11/05
Clindin	26/04	28/04
Vanco	28/04	12/05
Fluconazol	04/05	13/05
Tazo	11/05	USO
Vanco	12/05	USO
Fluconazol	17/05	USO

Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
22/04	HMC	(-)
24/04	URINA (SWAB)	CANCELADO
25/04	Urina	(-)
25/04	HMC	SCN
27/04	URINA	S/A
27/04	URINA	S/A
29/04	HMC	S/A

Desfecho: ( ) Óbito (X) Transferência Interna, local: C. PED ( ) Transferência Externa ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros _____

Data: 17 / 05 / 22 **Cuidados Paliativos desde:** ___/___/___

HEGV SECRETARIA DE SAÚDE	IRAS	IRAS	HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – CTI: _____	_____ Prontuário

ANOTAÇÕES GERAIS	

HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE	IRAS	IRAS	HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – CTI: _____	_____ Prontuário

Nome:	Idade:	Int. HSP: ___/___/___	Int. CTI:___/___/___	Leito:	Mês/ano:
Setor de Origem:	DI no setor de origem: ___/___/___			Infecção Autóctone/ IRAS mês anterior ( ) MRSA ( ) ERC ( ) VRE ( ) Acineto ( ) PSDM	
Uso prévio de ATB:					
Diagnóstico de admissão em CTI:					

Dia	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
PVP 01																															
PVP 02																															
PVP-HD																															
VM																															
CVD																															

Legenda: X: Utilização do dispositivo //: Dia seguinte após retirada **PVP:** Punção Venosa Profunda **VM:** Ventilação Mecânica **CVD:** Cateter Vesical de Demora

Leucócitos totais:

PCR																															
TX																															
PA:																															
PEEP:																															
LAC																															
P/F																															
DIURESE																															

Antibióticos	Início do ATB	Término do ATB

Data da Coleta	Exame Microbiológico	Resultado/ MO:
02/05	Hmc	(−)
03/05	SWAB	* MRSA
07/05	Hmc	(−)
07/05	URINA	Pseudomonas
11/05	Swab (SWAB)	Staphylococcus
11/05	ST	Pseudo (M.S)
11/05	Hmc	Contaminado (SCH)

Desfecho: ( ) Óbito ( ) Transferência Interna, local:_____ ( ) Transferência Externa ( ) Alta Hospitalar ( ) Outros_____

Data: _____/_____/_____ **Cuidados Paliativos desde:** ____/____/____

HEGV HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SECRETARIA DE SAÚDE	IRAS	IRAS	HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – SCIH FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS – CTI: _____	_____ Prontuário

ANOTAÇÕES GERAIS	